

申請児童状況票 (令和5年度)

新規・転園・広域

記入日：令和 年 月 日 (必ず記入)

| 保護者氏名 | 申請児童氏名 | 性別 | 生年月日 |
|-------|--------|--------|--------|
| | | 男 女 | 年 月 日生 |

1. 保護者の状況について (該当に✓)

| | |
|-------------------|---|
| 父・母のいずれかが単身赴任している | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 |
| 昼夜交代の勤務がある | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 |
| 育児休業から復帰する | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 育児休業終了日： 年 月 日 |

2. 祖父母の状況について (該当に✓)

| 区分 | | 同居・別居等の別 | 住所 | 就労等の状況 |
|----|----|--|--------------|--|
| 父方 | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 | 市・区 町・村 町 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 | 市・区 町・村 町 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 母方 | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 | 市・区 町・村 町 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 | 市・区 町・村 町 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 () |

3. 現在の児童の状況について (該当に✓)

| | |
|--------------------------------|---|
| 現在の保育状況 | <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 別居の家族 <input type="checkbox"/> 認可外保育所 <input type="checkbox"/> その他 () |
| アレルギー有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| 児童の健康状態 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 () |
| 乳幼児健診での指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| 通院の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名等： 病院名：) |
| 障がい、病気・事故の後遺症等 がありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名・障がい名：) |
| 心身の発達(言葉のおくれ)等 気になることがありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () |
| その他特記事項があれば記入し てください | |